



WELL CHILD EXAM - INFANCY: 2 MONTHS
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

ການກວດສອບ - ໄວເດັກປີ້ນຕົ້ນ: 2 ເດືອນ

ພໍ່ແມ່ເປັນຜູ້ປະກອບເອກະສານ ກ່ຽວກັບເລື່ອງລູກ	ຊື່ເດັກ	ວັນເດືອນປີ
	ອາການພິດ	ຢາທີ່ໃຊ້ຢູ່ໃນປະຈຸບັນ
	ອາການເຈັບເປັນ/ອຸປະຕິເຫດ/ບັນຫາສິ່ງກັງວົນ ນັບແຕ່ມາເທື່ອສຸດທ້າຍ	
	ແມ່ນ ບໍ່ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂ້ອຍນອນດີ.	ແມ່ນ ບໍ່ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂ້ອຍເຮັດສຽງມ່ວນ.
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂ້ອຍກິນ, ດູດດີ.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂ້ອຍຍົກຫົວຂອງລາວ (ຊາຍ/ຍິງ) ເວລານອນຂວ້າມ.	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກນ້ອຍຂອງຂ້ອຍສາມາດເຫັນ ແລະ ໄດ້ຍິນ.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ຂ້ອຍກັງວົນທີ່ຂ້ອຍມີອາການເລົ້າເລື້ອຍໆ.	

WEIGHT KG./OZ.	PERCENTILE	HEIGHT CM./IN.	PERCENTILE	HEAD CIR.	PERCENTILE
----------------	------------	----------------	------------	-----------	------------

Review of systems Review of family history

Screening:

	N	A	
Hearing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Development	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Behavior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Social/Emotional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gross Motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fine Motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Physical:

	N	A		N	A
General appearance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Head/Fontanelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Puls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eyes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ears	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oropharynx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurological	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Describe abnormal findings:

Diet _____

Elimination _____

Sleep _____

Review Immunization Record

Health Education/Anticipatory Guidance: (Check all that apply)

Family Planning Safety Sleeping on back

Development Crib Safety Shaken Baby Syndrome

Infant Bond Feeding/colic Fever

Passive Smoke? No bottle in bed Child Care

Appropriate Car Seat

Other: _____

Assessment: _____

NEXT VISIT: 4 MONTHS OF AGE

HEALTH PROVIDER SIGNATURE

IMMUNIZATIONS GIVEN

REFERRALS

HEALTH PROVIDER NAME

HEALTH PROVIDER ADDRESS

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Infancy (2 months)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions.
They are not comprehensive guidelines.

Hearing Screen

Screen infants with these risk factors:

- Family history of childhood hearing impairment.
- History of congenital prenatal infection with herpes, syphilis, rubella, cytomegalovirus or toxoplasmosis.
- Malformations involving the head or neck (e.g., dysmorphic and syndrome abnormalities, cleft palate, abnormal pinna).
- Birth weight below 1500 grams.
- Bacterial meningitis.
- Hyperbilirubinemia requiring exchange transfusion.
- Severe prenatal asphyxia exchange transfusion.
- Severe prenatal asphyxia (Apgar scores of 0-3, absence of spontaneous respirations for 10 minutes or hypotonia at 2 hours of age).
- Parents concerned about infant's hearing.

Hepatitis B Vaccine

Dosing schedule:

- First dose at birth or other starting date.
- Second dose at least one month after the first dose.

Polio Virus Vaccine

Give a dose of inactivated polio virus (IPV) vaccine:

- at 2 months.
- at 4 months.

Developmental Milestones

Always ask parents if they have concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or the Denver II, or the ELMS2 (a language screen).

- | Yes | No | |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Vocalizes.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Smiles responsively.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Follows to mid line.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Responds to sounds. |

Instructions for developmental milestones: At least 90% of infants should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on *even one* of the underlined items, refer the infant for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies with questions or concerns on childhood development.**

ສຸຂພາບເດັກຂອງທ່ານເມື່ອໄດ້ 2 ເດືອນ

ປາກົດການຊີວິດ

ວິທີການພັທນາການຂອງເດັກນ້ອຍຂອງທ່ານ
ລະຫວ່າງອາຍ 2 ແລະ 4 ເດືອນ.

ຍົກທົວ ແລະ ບ່າໄຫລຂຶ້ນເວລາມອນຂັ້ນ.

ຍື່ມເວລາທ່ານເວົ້ານຳລາວ (ຍິງ).

ເຮັດສຽງຄືກັນກັບສຽງທີ່ທ່ານເຮັດໃສ່ລາວ (ຊາຍ) (ອາອາອາ
ອີອີອີ)

ມັກເຄື່ອງຫລິ້ນທີ່ມີສຽງ, ເຊັ່ນສຽງດັງ ກອ້ກແກ້ກ, ສຽງດັງ
ອາດາງອິດາງ.

ຈັບມື ແລະ ຕື່ນຂອງລາວ (ຍິງ) ເອງ.

ພະຍາຍາມຖືຂອງຫລິ້ນນ້ອຍໆດ້ວຍມືຂອງລາວເອງ.

ທ່ານສາມາດຊ່ວຍເດັກນ້ອຍຂອງທ່ານຮຽນຮູ້ວິຊາໃໝ່
ໂດຍການຫລິ້ນກັບລາວ (ຍິງ).

ສຳລັບການຊ່ວຍເຫລືອ ຫລື ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ

ສຸຂພາບເດັກ ແລະ ການພັທນາ, ການສັກຢາກັນ:
ຂໍ້ມູນແມ່ມີສຸຂພາບສົມບູນ, ເດັກທີ່ສົມບູນ ແລະ ສາຍການສົ່ງ
ຕໍ່ໄປ. 1-800-322-2588 (ສຽງ) ຫລື 1-800-833-6388
(TTY Relay).

ລ້ຽງລູກດ້ວຍນົມແມ່ເວລາກັບໄປເຮັດວຽກ: ຂໍ້ມູນ ແລະ
ສາຍສົ່ງຕໍ່ແມ່ສົມບູນ, ເດັກສົມບູນ (ມີເລກຢູ່ຂ້າງເທິງ)

ສຳລັບການຊ່ວຍເຫລືອ ຖ້າທ່ານຮູ້ສຶກວິຕົກກັງວົນ
ກັບເດັກນ້ອຍຂອງທ່ານ: ສາຍຊ່ວຍຄອບຄົວ
1-800-932-4673.

ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບສຸຂພາບຂອງເດັກນ້ອຍ
ຂອງທ່ານເອງ: ເວົ້າກັບທ່ານໝໍ ຫລື ພະຍາບານຂອງ
ເດັກນ້ອຍຂອງທ່ານ.

ຄຳແນະນຳດ້ານສຸຂພາບ

ການກວດສຸຂພາບ ເດັກຢູ່ດີ ຊ່ວຍໃຫ້ເດັກນ້ອຍຂອງທ່ານສຸກສົມບູນ.
ພະຍາຍາມຢ່າພາດການກວດນີ້. ຖ້າທ່ານພາດ, ໃຫ້ໂທເຮັດການ
ນັດໝາຍອີກ.

ຮັກສາບັດປັດສັກຢາຂອງເດັກນ້ອຍຂອງທ່ານໄວ້ບ່ອນປອດໄພ ແລະ
ເອົາໄປນຳເວລາໄປກວດສຸຂພາບທຸກເທື່ອ. ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບການ
ສັກຢາກັນ, ໃຫ້ເວົ້ານຳທ່ານໝໍ ຫລື ພະຍາບານຂອງເດັກນ້ອຍຂອງທ່ານ.

ນົມແມ່ ຫລື ນ້ຳນົມກໍເປັນທີ່ພຽງພໍຊຶ່ງເດັກນ້ອຍອາຍຸນີ້ຕ້ອງການ
ເພື່ອເຕີບໃຫຍ່ແລ້ວ. ເດັກນ້ອຍຈະຕ້ອງການນ້ຳນັ້ນຫາຢາກ. ໃຫ້ຫລີກເວັ້ນ
ການເອົານ້ຳໝາກໄມ້ໃຫ້ເດັກນ້ອຍຂອງທ່ານໃນຊ່ວງອາຍຸນີ້. ເວລາລາວ
(ຍິງ) ຫົວອາຫານ ຫລື ຫົວນ້ຳ, ລາວ (ຍິງ) ຕ້ອງການແນວບຳລຸງຢູ່
ນຳນົມແມ່ ຫລື ນ້ຳນົມ.

ທ່ານສາມາດສືບຕໍ່ລ້ຽງເດັກດ້ວຍນົມແມ່ເວລາທ່ານກັບໄປເຮັດວຽກ. ສຳລັບ
ຮາຍລະອຽດກ່ຽວກັບການລ້ຽງເດັກດ້ວຍນົມແມ່ ແລະ ການເຮັດວຽກ
ໃຫ້ໂທຫາແມ່ສົມບູນ, ເດັກນ້ອຍສົມບູນ.

ບາງເທື່ອເດັກນ້ອຍຂອງທ່ານຈະຕ້ອງການກິນຫລາຍເທື່ອກວ່າເວລາອື່ນ.
ນີ້ໝາຍຄວາມວ່າລາວ (ຍິງ) ໃຫຍ່ໄວຂຶ້ນ.

ເອົາເດັກນ້ອຍຂອງທ່ານໝີໂກຈາກຄົນສູບຢາ. ຄວັນຢາເຮັດໃຫ້ເດັກໄວ້
ຫວັດ
ແລະ ເປັນຫົດ.

ສືບຕໍ່ເອົາເດັກນ້ອຍຂອງທ່ານນອນຫງາຍ ເພື່ອຫລຸດຄວາມສ່ຽງອາການ
ຕາຍເດັກນ້ອຍຢ່າງກະທັນຫັນ. ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າພໍ່ແມ່ເຖົ້າຢູ່ອື່ນໆ
ແລະ ຜູ້ໃຫ້ການລ້ຽງດູອື່ນໆເອົາລາວ (ຊາຍ) ນອນຫງາຍຄືກັນ

ຄຳແນະນຳການເປັນພໍ່ແມ່

ເວລາທ່ານຢູ່ນຳເດັກນ້ອຍຂອງທ່ານ, ໃຫ້ເວົ້ານຳລາວ (ຊາຍ) ຮ້ອງເພງ
ໃຫ້ລາວ (ຊາຍ) ຟັງ, ແລະ ເບິ່ງຕາລາວ (ຊາຍ). ສິ່ງນີ້ຊ່ວຍໃຫ້ລາວ (ຊາຍ)
ຮູ້ວ່າທ່ານຮັກລາວ (ຊາຍ). ມີຍິ່ງຊ່ວຍໃຫ້ສມອງຂອງລາວ (ຊາຍ) ພັທນາ
ອີກດ້ວຍ.

ຄຳນຳດ້ານການຄວາມປອດໄພ

ຢ່າອາໄສເປັນພໍ່ແມ່ທີ່ດີກວ່າ ນ້ຳອາບນັ້ນພຽງແຕ່ອຸ່ນກ່ອນອາບນ້ຳ
ໃຫ້ເດັກນ້ອຍຂອງທ່ານ.

ຫລີກເວັ້ນການກິນກາເຟ, ຊາ, ຫລື ເຄື່ອງດື່ມອື່ນໆເວລາ
ອູ່ມລາວ (ຍິງ).

ຢ່າໃຫ້ລາວ (ຍິງ) ຖືກແຕດ. ໃສ່ໝວກມືຂອບ ແລະ ເຄື່ອງມຸ່ງ
ທີ່ປົກຄຸມແຂນ ແລະ ຂາຂອງລາວ (ຍິງ).